GERONTO

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA DEL PERÚ

	Pág.
EDITORIAL	03
¿POR QUÉ UNA ASISTENCIA ESPECIAL AL ANCIANO? (Fernando Jiménez Herrero)	05
CONSIDERACIONES CLÍNICAS ACERCA DE LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA (Oscar Arbulú Villasís)	10
MARCHA GERÓNTICA (Fernando Moreno Corzo)	16
ANCIJE Y SU ORGANIZACIÓN GERONTOLÓGICA (Consuelo Sheen Lazo)	18
EVALUACIÓN NUTRICIONAL DEL PACIENTE GERIÁTRICO HOSPITALIZADO (Hernán Fritas Yaya, R. Velapatiño, G. Lira y J. Vinatea)	22
IMPORTANCIA DEL ÁNGULO DEL PIE EN EL ANCIANO (Gilberto Quintana Saavedra, M. Lladó, D. Ríos y L. Gonzales)	30
TERAPIA GRUPAL EN LA TERCERA EDAD (Carmen Gonzales Ríos)	33
LA CUADRATURA DE LA IMAGINACIÓN (Miguel Lladó B.)	41
SEMBLANZA DEL DR. FERNANDO RÓBINSON V. (Rodolfo Sablich Palacios)	54
DISCURSO EN LA JURAMENTACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA (Jorge Aguayo Holguín)	57
SEMBLANZA DEL DR. JORGE VOTO BERNALES (Julio Injoque Mandujano)	64
ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD	67

Tomo VIII
Número 38
Diciembre 1997

Dirección y Administración:
Av. Arequipa 2450 Of. 1407
Edif. "El Dorado" - Lince
Lima 14 - Perú

CONSIDERACIONES CLÍNICAS ACERCA DE LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA

Dr. Oscar Arbulú Villasís*

RESUMEN

Epidemiológicamente, alrededor del 30 % de pacientes psicogeriátricos de consulta externa presentan este desorden y aproximadamente el 46% de hospitalizados. Los síntomas depresivos en el senescente se manifiestan mayormente por ansiedad patológica, en la que predominan los síntomas neurovegetativos. Las funciones congnitivas pueden inhibirse originando un estado semejante al demencial. En los desórdenes del pensamiento se pueden observar delusiones. Son frecuentes las quejas somáticas. Los factores etiológicos son divididos en biológicos. psicológicos y socioculturales. Las formas clínicas son: 1) Depresiones primarias y 2) Depresiones secundarias. Las primeras son clasificadas en desórdenes monopolares y desórdenes bipolares. Los desórdenes monopolares son, a su vez, divididos en depresiones mayores y depresiones menores.

Palabras claves: Depresión - Geriátrica

SUMMARY

Epidemiologically, around 30% of psycogeriatric out patients show this disorder and approximately 46% of in patients. The depresive symptoms in aged people are shown mostly by pathological anxiety, in which the neurovegetative symptoms are predominant. The congnitive functions may inhibit themselves originating a state similar to dementia. In the thought disorders some delusions maybe observed. The somatic complaints are frequent. The etiological factors are divided in biological, psycological and sociocultural. The clinical types are: 1) Primary depresions and 2) Secondary depresions. The former are clasified in monopolar disorders and bipolar disorders. The monopolar disorder are, in turn, divided in major depresions and minor depresions.

Key words: Geriatric-Depresion

---

* Profesor asociado de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Médico de Servicio de la Dirección de Salud Mental del Hospital Edgardo Rebagliati Martins (IPSS).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En la práctica clínica debemos diferenciar la depresión de las sensaciones de infelicidad, abatimiento o desmoralización que se presentan en el curso de la vida y pertenecen a estados o reacciones vivenciales normales.

La depresión es un desorden caracterizado por tristeza patológica (distimia), con pérdida del interés y placer en relación a las actividades habituales (anhedonia), con repercusiones a nivel somático (insomnio, hiperexia, baja ponderal, estreñimiento), cognitivo (disminución de la concentración, memoria, eficiencia intelectual) y conductual (enlentecimiento o excitación).

Epidemiológicamente se calcula que un 3 a 5% de la población general presenta desorden depresivo en forma diferenciada. Respecto a su frecuencia en la senectud, se estima que este desorden varía entre 5 y 10% en mayores de 65 años, acrecentándose en los individuos de más de 80 años (1). En la ciudad de Lima, encontramos en un centro psiquiátrico de asistencia ambulatoria (Servicio de Salud Mental "Honorio Delgado"), una proporción de 30% (2). En el medio hospitalario, en los Estados Unidos, este desorden se observó en el 18 % de senescentes internados en instituciones estatales y en el 46% en unidades psiquiátricas de hospitales generales.

Los desórdenes depresivos en la senectud pueden pasar desapercibidos, debido a que los síntomas y signos de la depresión pueden confundirse con manifestaciones del envejecimiento normal (actividad reducida, mengua de la concentración y memoria, sueño superficial, pesadumbre).

Particularidades semiológicas:

En relación al afecto hallamos tristeza patológica, pero mayormente se encuentra ansiedad patológica (depresiones ansiosas), en la que puede predominar la sintomatología neurovegetativa (digestiva, cardiovascular y urinaria).

Los ancianos deprimidos pueden cursar con insomnio o sueño diurno. En ellos la fragmentación del sueño es persistente.

La depresión puede afectar las funciones de concentración, memoria y rendimiento intelectual, pudiendo originar un desorden semejante al demencial (seudodemencia), y que es probable que sea favorecido por el menoscabo de las reservas neuronales debido a un proceso orgánico cerebral.

En las alteraciones del pensamiento, especialmente en depresiones psicóticas, se aprecian delusiones depresivas congruentes con el afecto o incongruentes con él. Entre las primeras, se observan delusiones de culpa por faltas cometidas; de indignidad, que a veces son tan graves que la paciente manifiesta merecer un duro castigo; de pobreza, llegando hasta la ruina económica; de autocondena, pudiendo cristalizarse ésta en un acto suicida; de negación de la existencia personal (delusión nihilista del síndrome de Cotard). Entre las

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

segundas, delusiones de perjuicio, referencia o persecución.

En psicomotricidad, se puede observar desde el freno absoluto del dinamismo (depresiones estuporosas) hasta la excitación extrema (depresiones agitadas).

Son frecuentes las quejas somáticas que dominan el cuadro clínico y pueden corresponder a una somatización o tener una base física real : sentimientos de malestar, algias diversas (dorsalgias, lumbalgias, gingivalgias), estreñimiento, dolor abdominal localizado o sensación de opresión torácica, que se presentan sobre todo en la mañana (3). La depresión geriátrica puede manifestarse también por bradipsiquia, desorientación témporo-espacial y alteraciones de la vigilia, originando un cuadro seudoconfusional (4).

Factores etiológicos

El comienzo de la depresión en la edad avanzada implica un conjunto de causas que se interrelacionan en cada individuo. Estas pueden dividirse en factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

Factores biológicos: El desorden de los mediadores químicos, de mecanismos hormonales y de los ritmos circadianos, es a menudo considerado en la fisiopatología de los trastornos afectivos. Este desequilibrio derivaría de una predisposición genética, pero la asociación de la mayoría de los desórdenes afectivos en la edad tardía con la herencia no ha sido claramente demostrada. En las depresiones de aparición temprana habría un relación con la influencia de factores genéticos, pero esto no es muy evidente en la depresiones tardías. Sin embargo, Post señalaba que habría en éstas una disminución de la excitabilidad cerebral, probablemente relacionada con la herencia. Frolkis manifestaba que el envejecimiento del hipotálamo originaría un disminución de la capacidad para enfrentar al estrés.

Factores psicológicos: La pérdida de personas significativas debido al fallecimiento, la jubilación, la migración y la merma de bienes importantes y de la salud contribuyen a un decrecimiento de la autoestima, manifestación importante de la depresión.

Factores socioculturales: Las culturas tienen actitudes respecto a la vida y la vejez. En la cultura occidental predominan actitudes negativas en relación a ésta, siendo la juventud enaltecida y la senectud subestimada.

Formas clínicas

La clasificación clásica de los desórdenes depresivos los dividía en: 1) Depresiones endógenas, ligadas supuestamente a factores biológicos; 2) Depresiones psicogénas, vinculadas como su nombre lo indica a causalidad psicológica; 3) Depresiones somatógenas, originadas por causas orgánicas de-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mostrables.

En la clasificación actual se consideran:

1) **Depresiones Primarias**: Aquellas que no están relacionadas con ninguna otra patología médica o psicológica, o que tienen en todo caso antecedentes de trastornos afectivos.

1.1) **Desórdenes Monopolares**: Presentan sólo síntomas depresivos, que pueden repetirse.

1.1.1) **Depresión Mayor**: Episodios de este desorden no son infrecuentes y muchas veces no son tratados adecuadamente durante tiempo, debido a que pueden ser enmascarados. Son generalmente caracterizados por síntomas vegetativos y responden favorablemente al tratamiento biológico. Una proporción de pacientes con depresión mayor pueden presentar delusiones de culpa, somáticas o de autoeliminación; otros, depresión con melancolía (mengua de la autoestima, sentimiento de indignidad, hipocondría, tendencia autoacusatoria, ideación paranoide y suicida).

Una variante de la depresión mayor es el **desorden estival**, cuyos criterios diagnósticos son: a) Síntomas de depresión mayor, b) Historia de por los menos dos años consecutivos de episodios depresivos en otoño o en invierno, c) Ausencia de otros desórdenes psiquiátricos mayores o de explicaciones psicosociales relacionadas con los cambios afectivos.

1.1.2) **Depresión Menor**: Llamada también desorden distímico o neurótico, caracterizada por su mayor duración (dos años como mínimo), generalmente con escasos o ausentes síntomas neurovegetativos. Los mecanismos psicológicos de este desorden en el anciano, generalmente no incluyen los clásicos; como son, la culpa, el autorreproche y la introyección de sentimientos hostiles relacionados con la pérdida. Busse sugirió que en él, la introyección es rara vez un mecanismo para desarrollar la depresión. En vez de ello, la depresión tardía estaría relacionada con una pérdida de la autoestima, que resulta de la incapacidad del senescente para suplir necesidades y urgencias o para defenderse contra amenazas a su seguridad. Levin destacó el rol de la contención como un mecanismo en la depresión neurótica en la tercera edad. Manifiesta el autor, que aunque el interés en la sexualidad continúa, el impulso sexual persistente puede no manifestarse, por problemas físicos o falta de una pareja disponible. Wigdor enfatiza la influencia de los factores culturales como contribuyentes en el desorden distímico tardío, destacando que en las culturas que real-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

zan la productividad (sociedades orientadas al logro) la jubilación y el alejamiento de los hijos, la mengua del reconocimiento y de la autoestima son factores causales importantes. Asociados a los síntomas depresivos hay una sobrepreocupación del estado físico, las posesiones, los logros pasados y la búsqueda de aprobación y reconocimiento por sus semejantes (5).

1.2) **Desórdenes Bipolares**: La depresión mayor puede formar parte de estos desórdenes, siendo importante considerarlos ya que el tratamiento de ella por el uso de antidepresivos puede precipitar un episodio maníaco o hipomaníaco. Post encontró en los gerontos una mezcla de síntomas maníacos y depresivos. La evolución de los desórdenes bipolares es marcada por recurrencias más importantes, con reducción de los intervalos libres, tendencia a la cronicidad y severidad.

2) **Depresiones Secundarias**: Son las ligadas a otra psicopatología evidente, a una patología médica demostrable o a drogas. Los fármacos más comunes de provocarlas son los corticoides, los antihipertensivos, los neurolépticos, los diazepínicos, la cimetidina y la digital (6). Ciertas neoplasias pueden causar una depresión paraneoplásica secundaria. Han sido reportadas depresiones en la mayoría de enfermedades malignas, siendo la más frecuente el cáncer de páncreas y el cáncer de pulmón.

Los accidentes cerebrovasculares, especialmente del hemisferio izquierdo, por lo general se asocian a depresión biológica y responden adecuadamente a la medicación antidepresiva.

La enfermedad de Parkinson es asociada clásicamente con depresión, la que puede presentarse mucho antes que la disfunción motriz, en la que hay una disminución de la serotonina cerebral.

Numerosas endocrinopatías pueden originar depresión secundaria, siendo las más importantes el hipotiroidismo, la enfermedad de Addison y la enfermedad de Cushing.

3) **Desorden de ajuste tipo depresivo**: El duelo es una experiencia universal y no puede ser clasificado como un desorden psiquiátrico. El duelo patológico, por el contrario, es prolongado o hay una aparente negación de la pérdida o ésta puede estar distorsionada. Estas reacciones pueden ser vistas en ancianos con mermas recientes, con enfermedades somáticas o que han sido admitidos en una institución hospitalaria.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REFERENCIAS

1.- KAPLAN, H.I; SADOCK, B.J.: Sypnosis of Psychiatry, Williams Wilkins, Baltimore, 1991, p. 812.

2.- ARBULÚ, O; ORBALLE, J.: Incidencia de primeras consultas de pacientes de edad avanzada en un período de diez años en el Servicio de Salud Mental "Honorio Delgado". En: Sexto Congreso Nacional de Psiquiatría "Hermilio Valdizán". Ed.: Carlos Carbajal Faura, Elard Sánchez Tejada, Lima, 1980, p.314.

3.- ANTONUCCIO, N.O.: La Salud Mental en la Tercera Edad, Psicogeriatría. Akadia, Buenos Aires, 1992, p.101.

4.- LEVY-ATTAR, D.: Depresssion du Sujet Agé. En: Psychogeriatria, Kalman-Rose, La Baule, 1992, p.30.

5.- BLAZER, D.G.: Affective Disorders in Late Life. In: Geriatric Psychiatry. Ed.: Ewald Busse, Dan G. Blazer. American Psychiatric Press, Washington, 1989, pp.379-380.

6.- ALONSO-FERNÁNDEZ, F.: La Depresión y su Diagnóstico - Nuevo Modelo Clínico. Labor S.A., Barcelona, 1988, p.274.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera